

Jadwiga Nessler^{1,2}, Aleksander Siniarski^{1,2}¹Klinika Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków²Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków

Pacjent z niewydolnością serca – wyzwania stojące przed lekarzem rodzinnym

A patient with heart failure – challenges faced by a primary care physician

Streszczenie

Z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego umiera rocznie w Polsce 175 tys. osób, co stanowi 46% wszystkich zgonów. Niewydolność serca (*heart failure* – HF) jest konsekwencją uszkodzenia mięśnia sercowego w przebiegu różnych schorzeń, ale najczęściej jej przyczyną jest choroba wieńcowa i nadciśnienie tętnicze. Aktualnie uważa się, że HF stała się epidemią XXI wieku. Głównym celem postępowania w HF jest zbudowanie komplementarnego systemu, łączącego opiekę ambulatoryjną i szpitalną. Filarami tej opieki są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), specjaliści kardiologów oraz pielęgniarki specjalizujące się w opiece nad chorymi z HF. Zakres działań lekarza rodzinnego jest bardzo szeroki z uwagi na konieczność profilaktyki skierowanej na czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, predysponujących do rozwoju HF, ale także zapobiegania jawnej HF oraz prowadzenia pacjentów w ustabilizowanym okresie choroby lub z początkami zaostrzenia objawów HF. Autorzy przedstawiają główne założenia tej kompleksowej opieki oraz szczególnej roli lekarzy POZ w leczeniu i prowadzeniu pacjentów z HF. Przypominają też najważniejsze, oparte na dowodach naukowych dane dotyczące prewencji pierwotnej, wtórnej oraz trzeciorzędowej w HF.

Słowa kluczowe

niewydolność serca, epidemiologia, leczenie, frakcja wyrzutowa, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz rodzinny

Abstract

Approximately 175,000 people die annually due to cardiovascular diseases in Poland, which accounts for 46% of all deaths. Heart failure (HF) is a consequence of myocardial damage from various cardiovascular diseases. Nevertheless, HF is caused most frequently by coronary artery disease and arterial hypertension. Furthermore, HF has become an epidemic of the 21st century. The main goal of the management of HF patients is to create a complementary system combining outpatient and inpatient healthcare. The foundations of this specific healthcare system are primary care physicians, cardiologists, and nurses specialised in the care of patients with HF. The scope of the primary care physician's activities is very wide and focuses not only on prevention of cardiovascular risk factors that predispose to the development of HF, but also on treatment in a stable period of their disease or during the initial symptoms of decompensation. The authors present a review article that states the main assumptions of this comprehensive healthcare system and the special role of primary care physicians in the treatment and management of patients with HF. Furthermore, they demonstrate the most up-to-date evidence-based data on primary, secondary, and tertiary prevention in HF.

Key words

heart failure, epidemiology, treatment, ejection fraction, general practitioner, family doctor

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym choroba niedokrwienna serca, są najważniejszą przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Na świecie z ich powodu umiera aż 17,5 mln osób rocznie, a w Polsce 175 tys., co stanowi 46% wszystkich zgonów [1]. Z tego powodu niewydolność serca (*heart failure* – HF) stała się epidemią XXI wieku. Jest ona konsekwencją uszkodzenia serca w przebiegu różnych schorzeń, ale najczęściej choroby wieńcowej (CAD) i nadciśnienia tętniczego [2]. Zapadalność na HF zwiększa się w związku z wydłużeniem życia i starzeniem się społeczeństwa, stając się nagłym problemem. W grupie powyżej 70. roku życia obejmuje nawet ponad 10% populacji [3, 4], a wśród osób powyżej 65. roku życia, które trafiają do lekarza z powodu duszności wysiłkowej, aż jedna szósta ma nierozpoznaną HF [głównie HF z zachowaną frakcją wyrzucania lewej komory (LV) – HFpEF] [5, 6]. Długoterminowe ryzyko pojawienia się objawów HF u osoby w wieku 55 lat wynosi 33% dla mężczyzn i 28% dla kobiet [4]. Informacje te są szczególnie ważne dla grupy lekarzy, którzy na co dzień zajmują się problemami zdrowotnymi w naszym społeczeństwie, a więc lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Od ich wiedzy oraz świadomości problemu zależy zapobieganie nowym przypadkom, wczesne rozpoznawanie oraz skuteczne leczenie już rozpoznanej choroby. Częstość występowania HF zwiększa się wraz z wydłużaniem czasu trwania życia populacji oraz poprawą wyników leczenia innych schorzeń [7]. Z raportu „Niewydolność serca w Polsce 2016” wynika, że na HF choruje ok. 600–800 tys., a według niektórych źródeł nawet 1 mln osób. Szacuje się, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba chorych na HF wzrośnie co najmniej o połowę [2]. Rocznie stwierdza się ok. 220 tys. nowych zachorowań i 180 tys. hospitalizacji, które stanowią główną przyczynę leczenia szpitalnego osób po 65. roku życia.

Niewydolność serca jest związana ze złym rokowaniem, o czym świadczą dane wskazujące, że rocznie z jej powodu umiera ok. 60 tys. Polaków. Stanowi ona obecnie najczęstszą przyczynę zgonów wśród przyczyn sercowo-naczyniowych [2, 8]. Leczenie HF jest największym wyzwaniem współczesnej medycyny, a także narastającym problemem społecznym i ekonomicznym. Wynika to zarówno ze zbyt późnego rozpoznawania choroby, jak i braku odpowiedniego nadzoru nad optymalnym przebiegiem terapii. Główną przyczyną tego stanu jest brak dobrze zorganizowanej opieki ambulatoryjnej

angażującej lekarzy POZ w prowadzenie chorych z HF. Dlatego konieczne jest pilne określenie roli i zakresu kompetencji tej grupy lekarzy. Jak wynika z danych, lekarz rodzinny, którego praktyka obejmuje ok. 2 tys. pacjentów, może mieć pod swoją opieką przeciętnie 14–28 chorych z HF [4].

Główne cele opieki nad pacjentem z niewydolnością serca

Głównym celem postępowania w HF jest zbudowanie całościowego, spójnego systemu, łączącego opiekę ambulatoryjną i szpitalną. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne i Asocjacja Niewydolności Serca (ESC/HFA) opublikowały zalecenia dotyczące standardów opieki dla tej grupy chorych. Filarami tej opieki są lekarze POZ, specjaliści kardiolodzy oraz pielęgniarki specjalizujące się w opiece nad chorymi z HF. Z uwagi na wielochorobowość towarzyszącą HF opieka musi uwzględniać bliską współpracę także między innymi specjalistami, w tym farmaceutami, dietetykami, fizjoterapeutami, psychologami, sprawującymi opiekę paliatywną oraz pracownikami socjalnymi. Kluczem do sukcesu jest koordynacja opieki na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej. Aby osiągnąć powyższe cele, należy zintegrować – poza opieką kardiologiczną i POZ – wszystkie możliwe i dostępne metody, takie jak rehabilitacja kardiologiczna i opieka paliatywna, w jeden system opieki nad pacjentem z HF w celu poprawy wyników leczenia. Wdrożenie takiej strategii skutkuje zmniejszeniem liczby hospitalizacji z powodu HF i śmiertelności, zwłaszcza wśród osób wypisywanych ze szpitala [9]. We wszystkich proponowanych systemach opieki ogromną rolę odgrywa POZ, a więc lekarz rodzinny i pielęgniarka przeszkolona w edukowaniu pacjentów z HF.

Zadania lekarza rodzinnego

Zakres działań lekarza rodzinnego jest bardzo szeroki z uwagi na konieczność zapobiegania rozwojowi schorzeń uszkadzających serce, prowadzenia działań spowalniających ich rozwój, a także zapobiegających jawnej HF oraz prowadzenia pacjentów w ustabilizowanym okresie choroby [10, 11]. Według ostatnich wytycznych ESC niewydolność serca to zespół typowych objawów podmiotowych (tj. duszność, obrzęki kończyn dolnych, zmniejszenie tolerancji wysiłku), którym mogą towarzyszyć nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym (tj. poszerzenie żył szyjnych, trzeszczenia nad płucami, obrzęki obwodowe) spowodowane nieprawidłowościami w budowie i/lub czynności serca, które

powodują zmniejszony rzut serca i/lub zwiększone ciśnienia wewnątrzsercowe w spoczynku lub w trakcie wysiłku.

Obecna definicja HF obejmuje tylko te etapy choroby, na których jest ona jawna klinicznie. Zdarza się, że przed wystąpieniem objawów klinicznych można stwierdzić bezobjawowe nieprawidłowości budowy lub czynności serca (skurczową lub rozkurczową dysfunkcję LV), które są prekursorami jawnej klinicznie choroby. Zdiagnozowanie nieprawidłowości związanych z pogorszeniem rokowania oraz rozpoczęcie leczenia odpowiednio wcześniej może wydłużyć życie chorego [9].

W podejmowaniu decyzji dotyczących czasu zastosowania leczenia (zwłaszcza odnośnie do pilnego wdrożenia zaawansowanych terapii), jak również w planowaniu organizacji oraz kosztów opieki zdrowotnej i społecznej bardzo ważne jest określenie stopnia zaawansowania choroby, ocena ryzyka nasilenia objawów oraz ustalenie rokowania.

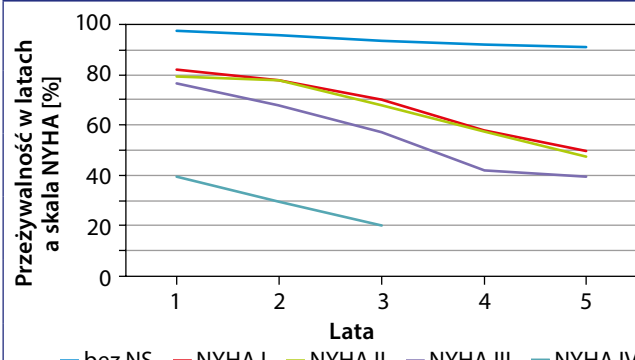
W celu określenia zaawansowania HF od wielu lat posługiwano się klasyfikacją Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA), która odzwierciedla jednak jedynie wydolność fizyczną, a nie stopień zaawansowania objawów. Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) zwraca uwagę na rozwój i postępujący charakter choroby. Zależność między stosowanymi klasyfikacjami czynnościowymi a 5-letnim rokowaniem w HF przedstawiono w tabeli 1. Nowe podejście uwzględnia występowanie czynników ryzyka zachorowania oraz zaburzeń strukturalnych w przebiegu HF. Przejście na wyższy poziom w tej klasyfikacji jest w zdecydowanej większości przypadków nieodwracalne i wiąże się z gorszym rokowaniem. Postępowanie terapeutyczne powinno uwzględniać poszczególne stadia choroby:

w stadium A – przede wszystkim zapobieganie i modyfikację czynników ryzyka, w stadium B – leczenie chorób prowadzących do HF, a w stadium C oraz D – działanie ukierunkowane na zmniejszanie chorobowości i śmiertelności [10].

Zidentyfikowano wiele różnych wskaźników ryzyka zgonu i hospitalizacji u chorych z HF, przy czym ich znaczenie kliniczne jest ograniczone, a precyzyjna ocena ryzyka wciąż pozostaje wyzwaniem, zwłaszcza dla lekarzy POZ mających do dyspozycji mało narzędzi do diagnostyki i czasu dla chorych. O rokowaniu informuje wiele zmiennych. Szczególnie silnymi czynnikami prognostycznymi są: wiek pacjenta, etiologia HF, klasa czynnościowa według NYHA, wartość frakcji wyrzutowej LV, stężenie peptydów natriuretycznych w osoczu oraz choroby współistniejące (niewydolność nerek, cukrzyca, niedokrwistość, hiperurykemia). Ocena rokowania odgrywa szczególną rolę u pacjentów kwalifikowanych do leczenia za pomocą urządzeń wszczepialnych lub do leczenia operacyjnego (w tym przeszczepienia serca).

Poprawę rokowania można uzyskać, stosując przewlekłe inhibitory konwertazy angiotensyny (*angiotensin-converting-enzyme inhibitors* – ACEI) [lub antagonistów receptora angiotensyny (*angiotensin receptor blockers* – ARB)], β -blokery, antagonistów receptora mineralokortykoidowego (*mineralocorticoid receptor antagonists* – MRA), antagonistów receptorów angiotensyny II i inhibitory neprylizyny (*angiotensin receptor-nephtrilysin inhibitor* – ARNI), iwabradynę, a w wybranych grupach pacjentów poprzez zastosowanie terapii resynchronizującej (*cardiac resynchronization therapy* – CRT) lub implantację kardiowertera-defibrylatora (*implantable cardioverter defibrillator* – ICD). Dlatego bardzo ważna jest ścisła współpraca pomiędzy specjalistami

Tabela 1. Klasyfikacja NYHA oraz stadia rozwoju niewydolności serca wg ACCF/AHA

Klasyfikacja NYHA		Stadia rozwoju HF wg ACCF/AHA						
Przeżywalność w latach a skala NYHA [%]						Etap HF	Częstosc występowania	Przeżywalność 5-letnia
						0	32%	99%
						A	22%	97%
						B	34%	96%
						C	12%	75%
						D	0,2%	20%

NYHA – Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne (New York Heart Association), ACCF/AHA – American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association, HF – niewydolność serca

– szczególnie pomiędzy kardiologiem a lekarzami POZ. Tylko wtedy jest szansa, aby pacjent był prowadzony i leczony zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami.

Do zadań lekarza rodzinnego w przypadku HF należą działania obejmujące prewencję pierwotną, wtórną oraz trzeciorzędową [7].

Prewencja pierwotna

Niewydolność serca w większości przypadków rozwija się u osób z innymi przewlekłymi chorobami układu sercowo-naczyniowego (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, przebyty zawał serca, migotanie przedsionków itd.) i jest konsekwencją ich powikłań, dlatego za prewencję pierwotną HF uznaje się postępowanie związane z profilaktyką chorób układu sercowo-naczyniowego.

Do działań mających na celu zapobieganie rozwojowi HF należy:

- zwalczanie czynników ryzyka prowadzących do uszkodzenia serca,
- obserwacja osób szczególnie predysponowanych do rozwoju HF,
- wykrywanie rodzinnego występowania chorób predestynujących do HF oraz objęcie tych rodzin stosownym nadzorem,
- zidentyfikowanie wśród swoich pacjentów chorych na HF.

W przypadku stwierdzenia HF należy podjąć następujące działania:

- określenie przyczyny HF (jeśli to możliwe),
- zainicjowanie i/lub aktywne uczestnictwo w terapii oraz edukacji chorych z rozpoznaną HF,
- edukacja opiekunów i rodziny pacjenta z HF,
- koordynacja pracy pielęgniarki rodzinnej,
- współpraca z kardiologiem oraz innymi specjalistami w leczeniu HF,

Tabela 2. Choroby lub sytuacje związane ze szczególnym ryzykiem rozwoju niewydolności serca

nadciśnienie tętnicze
choroba niedokrwienna serca (zwłaszcza po przebytych MI)
cukrzyca
wady zastawkowe serca
nadużywanie alkoholu
wywiad w kierunku kardiomiopatii
stwierdzenie w rutynowych badaniach dodatkowych (EKG, RTG) cech przerostu LV lub zaburzeń przewodnictwa śródkomorowego typu LBBB

EKG – badanie elektrokardiograficzne, LBBB – blok lewej odnogi pęczka Hisa, LV – lewa komora, MI – zawał serca, RTG – badanie radiologiczne

- wczesna diagnostyka dekompensacji i stanów zagrożenia życia,
- zachęcanie do zalecanych szczepień ochronnych,
- kierowanie do szpitala w sytuacji pojawienia się wskazań.

W przypadku rozpoznania HF lekarz rodzinny i pielęgniarka zajmująca się HF powinni pomóc pacjentowi zrozumieć naturę tej choroby. Ze względu na częstsze kontakty z pacjentem lekarz POZ ma okazję, aby przekazać mu podstawowe informacje na temat leczenia nefarmakologicznego i farmakologicznego. Istotne znaczenie ma także zaznajomienie pacjenta z ewentualnymi działaniami niepożądanymi leków i sposobem reagowania w takich sytuacjach, a także nauczanie go samodzielnego dawkowania leków diuretycznych na podstawie regularnej kontroli masy ciała [7]. Wyedukowany i świadomy swej choroby pacjent jest partnerem w leczeniu. W prowadzeniu edukacji oraz samokontroli objawów ogromne znaczenie będzie mieć w przyszłości pielęgniarka specjalizująca się w HF.

Działania zapobiegające rozwojowi niewydolności serca

Identyfikacja grup ryzyka jest podstawowym narzędziem działania lekarza rodzinnego w celu prowadzenia aktywnej opieki, ukierunkowanej na ograniczenie ryzyka powikłań i zgonu oraz poprawę jakości życia w tej grupie pacjentów. Najczęstsze jednostki chorobowe prowadzące do HF wymieniono w tabeli 2.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ogromne znaczenie w profilaktyce HF ma wczesne zapobieganie rozwojowi schorzeń układu sercowo-naczyniowego poprzez skuteczne leczenie chorób uszkadzających serce [9]. Istnieją dowody wskazujące na możliwość spowalniania lub zapobiegania wystąpieniu objawowej HF poprzez interwencje polegające na modyfikowaniu czynników ryzyka HF lub leczeniu bezobjawowej dysfunkcji skurczowej lewej komory serca. Z tego powodu zalecane jest:

- intensywne leczenie nadciśnienia tętniczego w celu zapobiegania HF lub opóźnienia jej wystąpienia oraz przedłużenia życia,
- stosowanie statyn u pacjentów obciążonych dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym lub z rozpoznaną chorobą wieńcową, niezależnie od obecności dysfunkcji skurczowej LV,
- prowadzenie poradnictwa antynikotynowego dla palących tytoń,
- zwalczanie innych czynników ryzyka HF (np. otyłości, zaburzeń glikemii),

- leczenie empagliflozyną chorych z cukrzycą typu 2 w celu zapobiegania HF lub opóźnienia jej wystąpienia,
- wdrażanie leczenia ACEI w przypadku bezobjawowej dysfunkcji skurczowej LV zarówno u chorych bez zawału, jak i po zawale – u chorych po przebytym zawale serca w skojarzeniu z β -blokerem,
- stosowanie ACEI w leczeniu stabilnej choroby wieńcowej mimo braku dysfunkcji skurczowej lewej komory w celu zapobiegania HF lub opóźnienia jej wystąpienia.

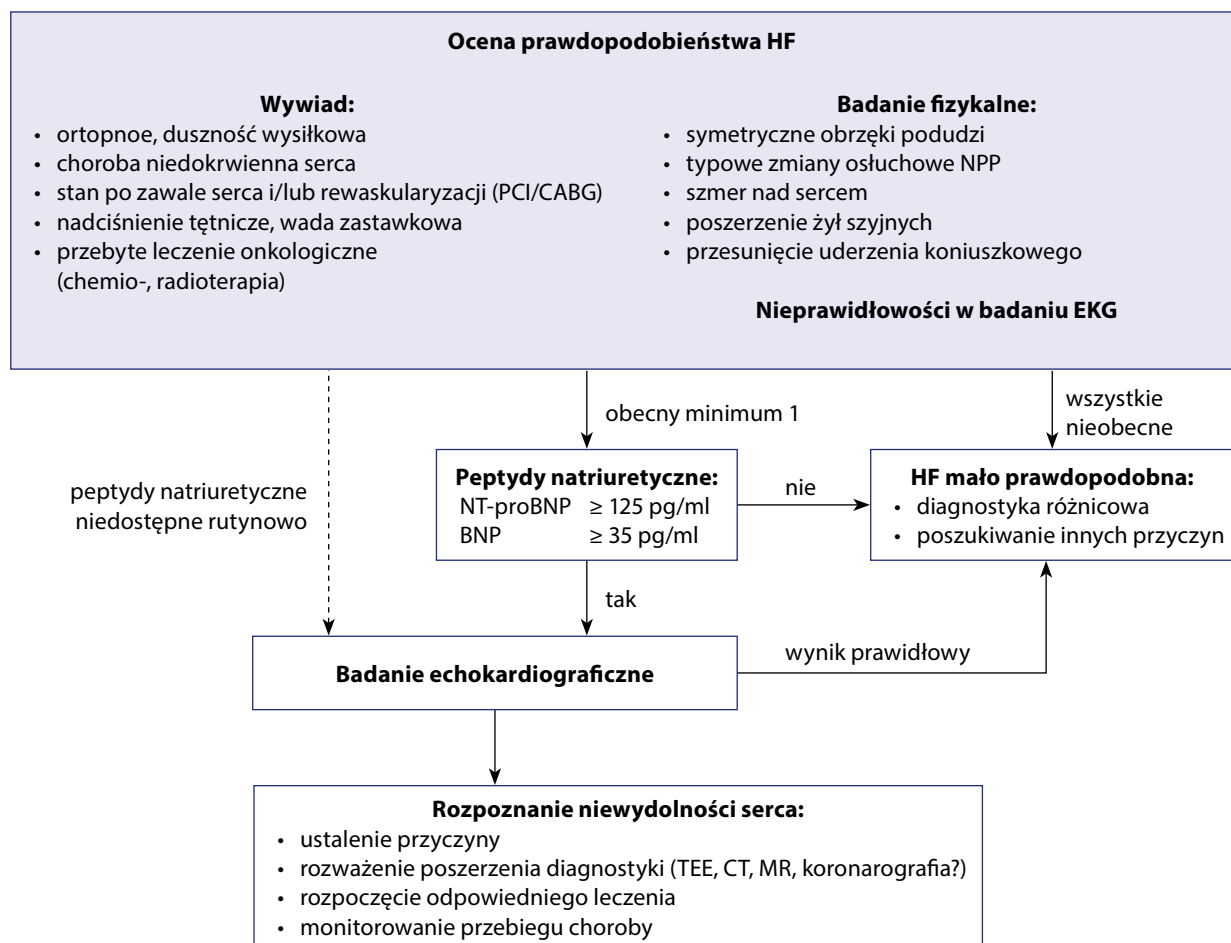
Prewencja wtórna

Prewencja wtórna w warunkach praktyki lekarza rodzinnego polega na jak najszybszym rozpoznaniu HF i wdrożeniu optymalnego leczenia. Wykazano, że w grupie pacjentów powyżej 40. roku życia z czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego lub chorobą sercowo-naczyniową (ale bez bezobjawowej dysfunkcji lewej komory i bez jawnej HF) opieka

lekarza rodzinnego we współpracy ze specjalistycznym ośrodkiem kardiologicznym, uwzględniająca kontrolę stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP), może zmniejszyć ryzyko wystąpienia dysfunkcji skurczowej lewej komory i objawowej HF.

Rozpoznanie niewydolności serca

Rozpoznanie HF może sprawić trudności, szczególnie w populacji osób starszych oraz ze współistniejącymi schorzeniami dodatkowymi. Rozpoznanie HF w gabinecie lekarza rodzinnego, niedysponującego dodatkowymi narzędziami diagnostycznymi, jest niewątpliwie wyzwaniem. Dlatego lekarze rodzinni, mając niewiele narzędzi służących do ustalenia wstępnego rozpoznania HF (wywiad, EKG), powinni uwzględnić prawdopodobieństwo rozwoju HF na podstawie występowania schorzeń mogących prowadzić do uszkodzenia serca, takich jak nadciśnienie tętnicze czy choroba wieńcowa. Liczne objawy kliniczne HF nie zawsze są charakterystyczne, dlatego mają ograniczoną wartość diagnostyczną (ryc. 1).



Rycina 1. Algorytm diagnostyczny niewydolności serca (zmodyfikowano na podstawie Ponikowski P. i wsp. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC [9])

W razie podejrzenia HF na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego lekarz rodzinny powinien zlecić dodatkowo EKG, a często także RTG klatki piersiowej. W przypadku prawidłowego zapisu EKG użyteczne może być oznaczenie stężenia peptydów natriuretycznych jako testu wykluczającego HF. Gdy zapis EKG i stężenia BNP lub NT-proBNP są prawidłowe, rozpoznanie HF jest mało prawdopodobne i nie ma konieczności kierowania chorego do kardiologa. Jeżeli zapis EKG jest nieprawidłowy, a stężenia peptydów natriuretycznych przekraczają punkt odcięcia dla wykluczenia HF, do ostatecznej weryfikacji wstępnego rozpoznania niezbędne jest badanie echokardiograficzne (lub inne obrazowe badanie serca) możliwe do wykonania podczas konsultacji kardiologicznej. Korzystanie z pomocy kardiologa lub innych specjalistów może być potrzebne także w przypadku wystąpienia złożonych problemów wymagających specjalistycznej wiedzy i procedur [11]. Zasadniczy problem stanowi zidentyfikowanie choroby serca leżącej u podłoża HF, gdyż od dokładnego określenia patologii zależy zastosowanie właściwego sposobu leczenia (np. leczenie operacyjne w przypadku wady zastawkowej, odpowiednia farmakoterapia w przypadku zaburzeń funkcji skurczowej LV). Dlatego większość pacjentów z wstępnie rozpoznaną HF przez lekarza wymaga konsultacji kardiologicznej mającej na celu ustalenie jej etiologii.

Istnieje grupa szczególnie zagrożonych pacjentów, wymagających stałego nadzoru specjalistycznego. Należą do niej chorzy:

- z ciężkimi postaciami HF (klasa III i IV według NYHA),
- z wszczepionymi urządzeniami do elektroteracji,

- z wadami zastawkowymi,
- z chorobami nerek,
- z chorobami płuc o charakterze obturacyjnym,
- po niedawno przeżytym zawale serca lub udarze mózgu.

Opieką specjalistyczną powinny być objęte także kobiety z HF w okresie prokreacji [11].

Jeśli stan chorego z rozpoznaną HF jest stabilny, zadania lekarza rodzinnego są następujące:

- optymalizacja terapii zainicjowanej przez kardiologa i dążenie do uzyskania najwyższych tolerowanych przez pacjenta dawek leków stosowanych w celu zahamowania postępu HF i poprawy rokowania,
- monitorowanie bezpieczeństwa terapii poprzez okresowe oznaczanie parametrów funkcji nerek i elektrolitów w okresie doboru leczenia (po każdej zmianie terapii),
- obserwacja objawów klinicznych (kontrola wartości ciśnienia tętniczego, tętna oraz masy ciała),
- weryfikacja zaleceń innych specjalistów,
- kontrola dodatkowych parametrów laboratoryjnych w zależności od indywidualnej oceny stanu pacjenta,
- monitorowanie glikemii (badania przesiewowe u pacjentów bez cukrzycy oraz kontrola parametrów wyrównania u pacjentów z rozpoznaną cukrzycą).

Warunkiem prawidłowego funkcjonowania opieki sprawowanej wspólnie przez lekarza rodzinnego i kardiologa jest dobra komunikacja i właściwe przekazywanie informacji. Użytecznymi narzędziami mogą być „Paszport pacjenta z niewydolnością serca” (ryc. 2) przygotowany przez Sekcję Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Paszport pacjenta z niewydolnością serca

Mój paszport pacjenta z niewydolnością serca

Imię i nazwisko pacjenta: _____
 Data urodzenia: _____
 Adres zamieszkania: _____
 Telefon: _____

Imię i nazwisko lekarza kardiologa: _____
 Telefon: _____

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego: _____
 Telefon: _____

Osoba odpowiedzialna za opiekę nad pacjentem: _____
 Telefon: _____

Imię i nazwisko pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem: _____
 Telefon: _____

SAMOKONTROLA

Data	Waga ciała (kg)	Ciepłota (temperatura ciała)	Tętno (b/min)	Ciepłota (temperatura ciała)	Stężenie tlenu w krwi
Prostota					
Wzrost					
Siła					
Łagodność					
Stężenie					
Stężenie					
Stężenie					
Stężenie					

Jeśli niewydolność serca występuje na Twojej codziennej aktywności w ostatnim tygodniu?

Aktywność rekreacyjna i fizyczna

Praca zawodowa

Stwierdził dobowe

Rozłożył z ręką i palcami

Rycina 2. Paszport pacjenta z niewydolnością serca

nego, a w przypadku edukacji – strona internetowa www.slabeserce.pl [12, 13].

Prewencja trzeciorzędowa

Zmniejszenie częstości hospitalizacji jest głównym celem prewencji trzeciorzędowej u chorych z HF. Przekłada się ono na poprawę jakości życia oraz zmniejszenie umieralności. Prewencja trzeciorzędowa HF polega na działaniach związanych z optymalizacją leczenia HF i chorób leżących u jej podłoża, jak również chorób towarzyszących. W wielu sytuacjach skuteczna prewencja trzeciorzędowa jest możliwa tylko w przypadku opieki koordynowanej, zespołowej i wielospecjalistycznej [14, 15].

W tabeli 3 przedstawiono zdarzenia prowadzące do stopniowego pogorszenia stanu zdrowia, kończące się często hospitalizacją [7].

Brak optymalizacji dawek leków ma szczególne znaczenie u chorych wypisanych ze szpitala po epizodzie zaostrzenia HF lub hospitalizacji z powodu ostrej, świeżo rozpoznanej HF. Opuszczając szpital, większość tych chorych ma zaordynowane jedynie początkowe dawki leków stosowanych w terapii HF. Ich zwiększanie do dawek docelowych powinno odbywać się stopniowo w warunkach ambulatoryjnych. W procesie doboru dawek optymalnych ogromne znaczenie mają lekarze POZ oraz dobrze zorganizowany system koordynowanej opieki oparty na współpracy pomiędzy kardiologami i lekarzami POZ. Nadzieję na poprawę tej sytuacji będzie wdrożenie KONS (kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca), co pozwoli na zapewnienie właściwej opieki ambulatoryjnej poszpitalnej z zaangażowaniem POZ.

Po wypisie ze szpitala powinna się odbyć wizyta kontrolna między 14. a 21. dniem od wypisu (przed upływem 30 dni) oraz kolejne wizyty obejmujące:

- wdrożenie farmakoterapii, jeśli nie zostało to zrobione wcześniej lub było przeciwwskazane,
- ocenę stanu nawodnienia i wartości ciśnienia tętniczego z ewentualną modyfikacją leczenia HF – dążenie do optymalizacji przewlekłej dostawnej farmakoterapii,
- rozpoznanie objawów nietolerancji leków,
- kontrolę stężenia elektrolitów i ocenę funkcji nerek,
- ocenę skuteczności leczenia chorób współistniejących i kontrolę czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych,
- kontynuację edukacji chorych w zakresie trybu życia, samoopieki i postępowania w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Tabela 3. Zdarzenia prowadzące do stopniowego pogorszenia stanu klinicznego chorego na niewydolność serca

brak optymalizacji dawek leków
zakażenie (w tym infekcyjne zapalenie wsierdza)
zaostrzenie POChP lub astmy oskrzelowej
niedokrwistość
dysfunkcja nerek
nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących diety lub przyjmowania przepisanych leków
przyczyny jatrogenne (np. stosowanie NLPZ lub GKS, interakcje lekowe)
niekontrolowane nadciśnienie tętnicze
niedoczynność lub nadczynność tarczycy
nadużywanie alkoholu lub narkotyków

GKS – glikokortykosteroidy, NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne, POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

Takie postępowanie w sposób istotny zmniejsza częstość ponownych hospitalizacji [16].

Dużą nadzieję na poprawę opieki nad pacjentem z HF jest system KONS, którego celem jest uzyskanie najlepszych możliwych wyników klinicznych opieki nad chorymi na HF, przy efektywnym wykorzystaniu zasobów ochrony zdrowia. Dlatego też w modelu KONS szczególne znaczenie ma zagadnienie efektywności alokacyjnej, która ma prowadzić do odpowiedniego podziału ról w procesie opieki, oraz unikanie zbędnych działań, które angażują czas i uwagę personelu, a nie przynoszą odpowiedniej wartości dodanej. Interwencje medyczne w ramach KONS będą realizowane przez placówki POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, systemu ratownictwa medycznego, w tym zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). W ten sposób opieka nad pacjentami z HF z mniejszym nasileniem choroby będzie sprawowana przez zespoły lekarzy i pielęgniarek POZ wspierane na bieżąco przez konsultantów kardiologów i pielęgniarki HF. Tak zorganizowane zespoły będą odpowiedzialne za prowadzenie pacjentów z HF znajdujących się w stabilnym stanie (np. w I, II klasie wg NYHA). Zespoły POZ wspomagane przez konsultantów kardiologów mają zapewniać niezbędne świadczenia lekarskie, pielęgniarskie, edukacyjne, preskrypcję leków oraz monitorowanie *compliance* w zakresie stosowania farmakoterapii i zachowań zdrowotnych pacjenta. Konsultanci kardiolodzy będą na bieżąco wspierać lekarzy POZ w zakresie diagnozowania i leczenia pacjentów z HF, ale nie mają ich zastępować w opiece nad chorymi. Przewiduje się, że placówki POZ będą zawierać z nimi umo-

wy, na podstawie których kardiologowie będą pełnić funkcje doradców i konsultantów, w szczególności poprzez konsultacje w trybie lekarz–lekarz, a także będą przeprowadzać określone rodzaje badań diagnostycznych (np. badanie echokardiograficzne). Oprócz wsparcia kardiologów zespoły POZ będą miały także wsparcie nowej grupy specjalistów, m.in. pielęgniarek HF [12].

Podsumowanie

Leczenie HF jest największym wyzwaniem współczesnej medycyny z uwagi na wysoką zachorowalność, częstość hospitalizacji i złe rokowanie. W związku z tym choroba ta stanowi również ogromny problem społeczny i ekonomiczny. Wynika to zarówno ze zbyt późnego rozpoznania choroby, jak i braku odpowiedniego nadzoru nad optymalnym przebiegiem terapii. Główną przyczyną tego stanu jest brak dobrze zorganizowanej opieki ambulatoryjnej angażującej lekarzy POZ w prowadzenie tej grupy chorych.

Lekarze POZ na co dzień zajmują się problemami zdrowotnymi naszego społeczeństwa. Od ich wiedzy oraz świadomości problemu zależy zapobieganie nowym przypadkom, wczesne rozpoznawanie oraz skuteczne leczenie już rozpoznanej choroby. Zakres czynności lekarza rodzinnego jest bardzo szeroki z uwagi na konieczność zapobiegania rozwojowi schorzeń uszkadzających serce, prowadzenia działań spowalniających ich rozwój, a także zapobiegających jawnej HF oraz prowadzenia pacjentów w ustabilizowanym okresie choroby. To wielkie wyzwanie dla środowiska lekarzy rodzinnych, wymagające zaangażowania i wiedzy, ale niezbędne dla poprawy rokowania i zatrzymania epidemii, jaką jest HF.

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. WHO, World Health Organization. The World Health Report. WHO, Genewa 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
2. Straburzyńska-Migaj E, Nessler J, Gackowski A, Rozentryt P. Niewydolność serca w Polsce – raport 2016. Materiały informacyjne Sekcji Niewydolności Serca PTK. <http://www.niewydolnosc-serca.pl/barometr.pdf>.
3. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, 2007; 93: 1137-1146.

4. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC i wsp. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetimerisk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2004; 25: 1614-1619.
5. Van Riet EES, Hoes AW, Limburg A i wsp. Prevalence of unrecognized heart failure in older persons with shortness of breath on exertion. *Eur J Heart Fail* 2014; 16: 772-777.
6. Filippatos G, Parissis JT. Heart failure diagnosis and prognosis in the elderly: the proof of the pudding is in the eating. *Eur J Heart Fail* 2011; 13: 467-471.
7. Nessler J, Windak A, Oleszczyk M, Golińska-Grzybała K, Gackowski A. Zasady postępowania w niewydolności serca. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Lekarz Rodzinny – Wydanie Specjalne* 2017; 2.
8. Gierczyński J, Gryglewicz J, Karczewicz E, Zalewska H. Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013.
9. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD i wsp. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2016; 37: 2129-2200.
10. Nessler J, Gackowski A (red.). Przewlekła niewydolność serca. Kompendium 2016, według aktualnych wytycznych ESC, wyd. 2. Via Medica, Gdańsk 2016.
11. Lainscak M, Blue L, Clark AL i wsp. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2011; 13: 115-126.
12. Sekcja Niewydolności Serca PTK. [www.slabeserce.pl](http://slabeserce.pl). <http://slabeserce.pl> (dostęp: 23.04.2017).
13. Sekcja Niewydolności Serca PTK. Paszport pacjenta z niewydolnością serca. http://slabeserce.pl/files/pdf/paszport_pacjenta.pdf (dostęp: 8.05.2017).
14. Nessler J, Kozierekiewicz A, Gackowski A i wsp. Kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca w Polsce: propozycje rozwiązań organizacyjnych. *Kardiologia Polska* 2018; 76: 479-487.
15. Windak A. Rola lekarza rodzinnego w opiece nad pacjentem z niewydolnością serca. W: Niewydolność serca, wyd. 2. Dubiel JS, Korewicki J, Grodzicki T (red.). Via Medica, Gdańsk 2013: 216-222.
16. Ryan J, Kang S, Dolacki S i wsp. Change in readmissions and follow-up visits as part of a heart failure readmission quality improvement initiative. *Am J Med* 2013; 126: 989-994.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler
Klinika Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
ul. Prądnicka 80
31-202 Kraków
e-mail: jnessler@interia.pl